

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1184/2025

ATAS/644/2026

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 17 juillet 2026

Chambre 9

En la cause

A_____
représenté par l'office de protection de l'adulte (OPAd)

recourant

contre

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE**

intimé

**Siégeant : Eleanor McGREGOR, présidente ; Andres PEREZ et Michael
RUDERMANN, juges assesseurs**

EN FAIT

A. **a.** A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1980, est de nationalité suisse, divorcé depuis mai 2023 et père d'une fille née en 2012.

b. Par ordonnance du 19 août 2005, le Tribunal tutélaire, devenu le Tribunal de protection de l'adulte et de l'enfant (ci-après : TP AE) en 2013, a prononcé la curatelle volontaire de l'assuré, laquelle a été transformée par le TP AE en une mesure de curatelle de représentation en date du 16 janvier 2014.

c. Cette curatelle a été confiée au service de protection de l'adulte (ci-après : SPAd), renommé office de protection de l'adulte (ci-après : OPAd) à compter du 1^{er} janvier 2025.

B. **a.** Le 21 mai 2007, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI), en indiquant qu'après avoir subi une déchirure des ligaments croisés des deux genoux, ceux-ci s'étaient « relâchés ». Il était incapable de travailler durant les périodes froides et humides de l'année, lorsque son activité professionnelle exigeait des mouvements au niveau des genoux. Son hyperactivité, pour laquelle il était suivi au sein des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), l'empêchait quant à elle de rester concentré pendant de longues heures à un bureau.

L'assuré a mentionné avoir effectué un début d'apprentissage en maçonnerie de 1996 à 1997. Il a également indiqué avoir travaillé en qualité de magasinier et employé polyvalent pour le compte de la société B_____ SA de 2003 à 2006, puis en tant qu'employé polyvalent pour l'ENTREPRISE C_____ (anciennement : l'ENTREPRISE D_____) de 2006 à 2007.

b. Par courrier du 1^{er} juin 2007, le docteur E_____, spécialiste en psychiatrie, a informé l'OAI que l'assuré n'était plus suivi par le département de psychiatrie des HUG depuis le 12 mai 2006, de sorte qu'il ne pouvait pas évaluer sa situation.

c. Dans son rapport du 18 juin 2007, le docteur F_____, spécialiste en médecine interne générale, a expliqué que l'assuré avait subi une déchirure du ligament croisé antérieur gauche en 1999, avant d'être opéré en 2001 et de connaître une rechute en 2002. Son ligament croisé antérieur droit s'était également déchiré en 2001, sans être opéré par la suite. L'assuré présentait ainsi un status après une reconstruction du ligament croisé antérieur et une ménisectomie partielle du genou gauche, une nouvelle déchirure du ligament croisé antérieur gauche non opérée et une déchirure du ligament croisé antérieur droit non opérée. Il souffrait de douleurs et d'une instabilité des deux genoux « à bascule ». Il s'était trouvé en incapacité de travail totale pendant environ six mois en 2001. Son état était stationnaire et sa capacité de travail ne pouvait pas être améliorée par des mesures médicales.

Selon le Dr F_____, les douleurs de l'assuré fluctuaient en fonction du terrain, des activités et de la météo. L'activité exercée était encore exigible, avec une probable diminution du rendement par moments.

d. En date du 5 novembre 2007, le docteur G_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a adressé à l'OAI un rapport mentionnant que l'assuré présentait une double laxité antérieure des deux genoux dans un status six ans post-reconstruction du ligament croisé antérieur gauche. Aucune instabilité n'était rapportée, hormis quelques phénomènes de dérobements dont le nombre était inférieur à deux par an. Selon le Dr G_____, il n'y avait pas lieu de réorienter le patient professionnellement, dans la mesure où il pouvait réaliser sa profession sans difficulté, exception faite de douleurs très occasionnelles en cas de périodes froides et humides. Il n'y avait pas non plus matière à une rente.

e. Dans son rapport du 14 juillet 2008, le docteur H_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a informé l'OAI que la demande de rente d'invalidité de l'assuré n'était plus d'actualité, dans la mesure où celui-ci était en mesure de travailler à plein temps, ce pour une durée indéterminée. Il lui semblait toutefois judicieux d'attendre quelques mois avant de rendre une décision définitive, dès lors que son état demeurait fragile, surtout sur le plan relationnel.

f. Dans son rapport du 2 février 2009, le Dr H_____ a indiqué que l'assuré souffrait d'un trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (F98.8). Avec un traitement adéquat, cette atteinte ne l'empêchait pas d'exercer une activité professionnelle structurée, de sorte que sa capacité de travail demeurait entière. Le Dr H_____ a précisé que ce trouble avait provoqué un échec scolaire et des troubles de l'humeur, qui avaient été traités dans le cadre de consultations psychiatriques aux HUG. Depuis l'instauration d'un traitement de méthylphénidate (Concerta) au mois de décembre 2007, l'assuré avait évolué de façon satisfaisante et son état anxio-dépressif s'était amélioré.

g. Le 16 février 2009, l'assuré a retiré sa demande du 21 mai 2007.

C. a. Le 2 octobre 2023, l'assuré a saisi l'OAI d'une nouvelle demande de prestations, en mentionnant qu'il était suivi par le docteur I_____, médecin praticien, et par la docteure J_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, pour un état anxieux, dépressif et hyperactif.

b. Dans son rapport du 21 novembre 2023, la Dre J_____ a mentionné que l'assuré se trouvait de longue date en incapacité en travail, avec une notion anamnestique de trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH). Après avoir divorcé en 2023, l'assuré avait souffert d'une décompensation anxieuse et dépressive. Il était également dépendant à l'alcool depuis longtemps, bien qu'actuellement abstinant, ainsi qu'au cannabis. D'un point de vue psychiatrique, l'assuré avait des limitations en lien avec les symptômes anxieux et les difficultés d'adaptation consécutifs à son divorce récent. Il souffrait également

de troubles cognitifs en lien avec une désafférentation et une consommation de cannabis régulière.

Les diagnostics retenus étaient les suivants : trouble hyperkinétique (perturbation de l'activité et de l'attention ; F90.0), troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis (F12), syndrome de dépendance à l'alcool (abstinent ; F10.23), anxiété généralisée (F41.1), un trouble délirant induit (F24) et un trouble de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et des conduites (F43.25).

La Dre J_____ a précisé suivre l'assuré depuis le mois de mars 2023 à raison d'une fois par mois, en binôme médico-infirmier en psychiatrie. Sa médication consistait en un traitement de substitution de Seresta. L'assuré était « compliant », adapté et critique. Il disposait de bonnes capacités langagières, mais présentait une marginalisation et un repli social. Il n'était pas apte à suivre une mesure de réadaptation professionnelle adaptée à ses limitations et se trouvait en incapacité de travail totale, quelle que soit l'activité concernée.

c. Dans son rapport du 4 décembre 2023, le Dr I_____ a mentionné que l'assuré souffrait d'une décompensation anxieuse et dépressive à la suite de son divorce, et d'une dépendance de longue date à l'alcool (abstinence actuelle), ainsi qu'au cannabis. L'assuré présentait une humeur dépressive, des troubles de la concentration et était hyperactif. Le Dr I_____ retenait le diagnostic d'état anxieux et dépressif. L'incapacité de travail de l'assuré était totale, quelle que soit l'activité considérée, et son état psychique faisait obstacle à sa réinsertion professionnelle.

d. Le Dr I_____, dans un rapport du 29 avril 2024, a ajouté que l'assuré se plaignait de claustrophobie et d'agoraphobie. En raison de ses troubles du sommeil, il souffrait de somnolence diurne, d'asthénie, de fatigabilité, d'une légère inhibition psychomotrice avec une diminution des performances et de la productivité professionnelle, ainsi qu'une résistance réduite à l'effort physique et mental. Il présentait également des troubles de la concentration, de l'attention et de la mémoire pouvant prédisposer aux erreurs ou même aux blessures. L'appréciation du Dr I_____ relative à la capacité de travail de l'assuré demeurait la même.

e. Dans son rapport du 14 mai 2024, la Dre J_____ a indiqué que l'assuré gérait mieux ses émotions et ses symptômes de TDAH. Il était irritable, en agitation psychomotrice, présentait des symptômes d'hyperactivité et était incapable de focaliser son attention dans la durée. Le ménage et les activités de la vie quotidienne étaient possibles, l'assuré étant accompagné par une infirmière en psychiatrie à domicile.

La Dre J_____ relevait une amélioration thymique, une perte pondérale, un fonctionnement social difficile en lien avec son hyperactivité, une persistance des limitations des interactions sociales en raison de ses symptômes anxieux. Elle a

maintenu les diagnostics posés dans son précédent rapport et son appréciation de la capacité de travail de l'assuré dans son ancienne activité et dans une activité adaptée.

f. Dans son avis médical du 11 juin 2024, le médecin du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a indiqué qu'il doutait de la sévérité des atteintes à la santé de l'assuré et qu'il n'était pas en mesure de suivre les considérations de la Dre J_____ s'agissant de l'évaluation de sa capacité de travail, si bien que la réalisation d'une expertise psychiatrique lui paraissait nécessaire.

g. Le 19 août 2024, l'assuré a été examiné par le docteur K_____, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie auprès du SMR.

Dans son rapport du 27 septembre 2024, le Dr K_____ a retenu, au titre de diagnostic principal avec répercussion durable sur la capacité de travail, un trouble mixte de la personnalité avec traits émotionnellement labiles type borderline et traits anxieux (F61.0), au titre de diagnostic associé, un trouble hyperkinétique, perturbation de l'activité et de l'attention, partiellement incapacitant pour certaines activités (F90.0) et, au titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, syndrome de dépendance, utilisation continue (F12.25) et liés à l'utilisation d'alcool, actuellement abstinant (F10.20). Il a enfin relevé la présence d'une dysthymie (F34.0), en précisant que ce diagnostic n'avait jamais été durablement incapacitant.

Depuis le début de l'âge adulte, la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle de manutentionnaire au sein d'une équipe et avec une pression permanente de la hiérarchie était nulle, alors qu'elle était entière dans cette activité ou dans une autre si l'assuré pouvait évoluer de façon autonome ou dans un groupe restreint, sans pression permanente de la hiérarchie. L'assuré était également apte à suivre des mesures de réadaptation.

Le Dr K_____ a retenu que les limitations fonctionnelles découlant du trouble de la personnalité mixte étaient les suivantes : impulsivité (en régression), irritabilité et instabilité surtout en situation de stress, difficultés à maintenir son attention et sa concentration ainsi qu'un manque d'estime de soi ancien pouvant amener l'assuré à se sentir rejeté ou mis de côté, surtout lorsqu'il travaille de manière permanente dans un groupe ou dans une équipe. Ce trouble avait pu entraîner des difficultés relationnelles avec la hiérarchie et les collègues dans certains emplois. Le manque d'estime de soi, lié aux traits anxieux, se conjugait à l'instabilité émotionnelle et rendait l'assuré susceptible et impulsif. S'agissant du trouble hyperkinétique, celui-ci ne permettait pas à l'assuré d'effectuer une activité sur ordinateur ou nécessitant une forme de concentration. Il était toutefois non incapacitant dans les différentes activités professionnelles passées de l'assuré.

Enfin, en raison de la désorganisation découlant de cette atteinte, l'assuré avait mis en place des stratégies d'organisation et de planification, même si celles-ci étaient imparfaites.

h. Dans une note relative au choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité datée du 3 octobre 2024, l'OAI a relevé que l'absence d'activité professionnelle avant l'atteinte à la santé ne correspondait pas à la volonté hypothétique de l'assuré et qu'il était plausible que celui-ci devrait travailler à temps plein pour subvenir à ses besoins, de sorte qu'un statut d'actif à 100% devait être retenu.

i. Le 19 décembre 2024, la division de réadaptation professionnelle de l'OAI a considéré que des mesures de réadaptation n'étaient pas indiquées, dès lors que l'assuré disposait des compétences, des connaissances et des capacités pour prétendre à un emploi dans son ancien domaine ou dans un domaine parallèle, dans un groupe restreint et sans pression hiérarchique permanente. Une mesure professionnelle n'était pas nécessaire et ne serait pas de nature à réduire le dommage, dans la mesure où l'assuré, sans activité professionnelle depuis plus de dix ans, n'était jamais parvenu à s'inscrire dans une démarche d'insertion professionnelle.

j. Le même jour, l'OAI a procédé à la détermination du degré d'invalidité en indiquant que l'assuré, sans son atteinte à la santé, aurait continué à travailler dans des activités simples et répétitives dans différents secteurs d'activité comme le transport ou le commerce de détail. Il a ainsi retenu, au titre de revenu sans invalidité pour un plein temps, un salaire annuel de CHF 67'472.- en 2024, en se fondant sur les statistiques de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) de 2022 (tableau TA1_tirage_skill_level (secteur privé), ligne TOTAL), indexé au moyen de l'indice suisse des salaires nominaux (ci-après : ISS). Le même calcul a été effectué s'agissant du revenu d'invalidité, en tenant compte d'une réduction forfaitaire de 10%.

Le taux d'invalidité s'élevait ainsi à 10%.

k. Par projet de décision du 2 janvier 2025, l'OAI a informé l'assuré de son intention de rejeter sa demande de prestations, en se fondant sur le rapport du 27 septembre 2024 du Dr K_____ et en indiquant que le degré d'invalidité de 10% était trop faible pour donner droit à une rente. L'OAI a enfin estimé que des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées, en reprenant l'argumentation de sa division de réadaptation professionnelle.

l. Le 6 février 2025, l'assuré, sous la plume de sa curatrice, a contesté le projet de décision de l'OAI, en soulignant que les Drs J_____ et I_____ considéraient qu'il se trouvait en incapacité de travail totale en raison de ses troubles psychiques. Il avait tenté d'occuper des emplois à plusieurs reprises au sein de l'ENTREPRISE C_____, sans être capable de les conserver durablement. En outre, le psychiatre du SMR n'avait pas tenu compte de certains diagnostics figurant dans le rapport de la Dre J_____ du 14 mai 2025 (*recte* : 2024), à savoir

les troubles anxieux généralisés (F41.1), un trouble délirant induit (F24) et un trouble de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et des conduites (F43.25). La combinaison des troubles psychiques dont souffrait l'assuré entraînait une incapacité de travail totale en raison de son instabilité émotionnelle, de ses comportements impulsifs et de ses difficultés de concentration.

À l'appui de ses déterminations, l'assuré a produit un nouveau rapport médical de la Dre J_____, daté du 30 janvier 2025, lequel mentionnait que l'assuré avait été suivi du 16 avril au 27 mai 2005 pour un trouble dépressif (F32.0) avec menaces suicidaires, au terme duquel un trouble hyperkinétique avec perturbation de l'activité et l'attention avait été diagnostiqué (F90.0). En raison de ses difficultés d'attention et de concentration, l'assuré n'avait pas été en mesure de conserver un emploi plus de six à douze mois. Le traitement Concerta avait été interrompu, malgré son efficacité, en raison de l'apparition d'effets secondaires sous forme de tics du visage. Par ailleurs, l'intolérance à l'autorité hiérarchique n'était pas le problème principal de l'assuré, dès lors qu'il était incapable de faire face aux besoins d'adaptation, tant au niveau mental que comportemental, exigés par le cadre professionnel. Le suivi effectué par l'infirmière spécialisée en santé mentale permettait quant à lui une meilleure gestion des activités de la vie quotidienne et visait à éviter les rechutes ou les comportements à risque.

m. Dans son avis médical du 18 février 2025, le docteur L_____, médecin du SMR, a estimé que les pièces produites par l'assuré n'étaient pas susceptibles de modifier l'appréciation contenue dans le rapport du 27 septembre 2024 du Dr K_____.

n. Par décision du 28 février 2025, l'OAI a confirmé son projet de décision et rejeté la demande de prestations, en considérant que le rapport médical de la Dre J_____ du 30 janvier 2025 n'était pas de nature à modifier sa précédente appréciation et que les conclusions du Dr K_____ demeuraient valables.

- D.** **a.** Par acte du 3 avril 2025, l'assuré, sous la plume de sa curatrice, a recouru contre cette décision par-devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : CJCAS), concluant, préalablement, à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, à l'audition des Drs J_____ et I_____, ainsi qu'à sa propre audition et, principalement, à l'annulation de la décision du 28 février 2025, au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction à la suite du nouveau rapport d'expertise et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

En substance, il a soutenu que le rapport médical du 27 septembre 2024 du SMR était dénué de valeur probante. Selon lui, l'examen effectué par le Dr K_____ s'était déroulé sur une période relativement courte et il existait une grande divergence entre les conclusions de ses médecins, qui estimaient que son incapacité de travail était totale quelle que soit l'activité considérée, et celles du médecin du SMR. Il était en outre arrivé une heure et demie en avance par rapport au rendez-vous d'expertise, ce qui témoignait d'une gestion difficile de son

emploi du temps et d'une planification excessive pour une tâche courante. Par ailleurs, son état de santé nécessitait une prise en charge thérapeutique pour accomplir ses activités quotidiennes, ce qui entraînait en contradiction avec les conclusions du SMR, qui indiquait que ses troubles n'entravaient pas lesdites activités. Une mesure de curatelle avait été instaurée en raison de l'incapacité du recourant à gérer seul ses affaires personnelles et administratives, laquelle était toujours nécessaire, ce qui démontrait que son atteinte psychique constituait un obstacle à l'exercice d'une activité professionnelle. Le médecin du SMR avait ainsi sous-estimé la gravité de l'atteinte fonctionnelle engendrée par les troubles du recourant.

À l'appui de son recours, il a notamment produit le rapport médical du 5 mars 2025 de la Dre J_____, qui mentionnait que ses troubles de la concentration étaient à l'origine de ses échecs scolaires et professionnels. Le recourant éprouvait également des difficultés à porter des objets en raison de ses douleurs au dos. Depuis son sevrage d'alcool au début de l'année 2024 et l'introduction d'un suivi conjoint à domicile avec une infirmière en santé mentale, les symptômes d'hyperactivité étaient devenus davantage visibles. Selon elle, le diagnostic principal ayant un impact définitif sur la capacité de travail du recourant était un trouble hyperkinétique, perturbation de l'activité et de l'attention (F90.0).

b. Le 22 avril 2025, l'intimé a conclu à l'irrecevabilité du recours, au motif que le délai de recours était arrivé à échéance le 2 avril 2025 au plus tard. Sur le fond, l'intimé a considéré que le rapport du SMR du 27 septembre 2024 devait se voir reconnaître une pleine valeur probante.

À l'appui de sa correspondance, l'intimé a produit le rapport du 15 avril 2025 établi par le Dr L_____, médecin du SMR, lequel s'est déclaré surpris, s'agissant des douleurs dorsales, par la présence d'une atteinte non étayée, alors que le recourant pratiquait un sport de combat, avait commencé une formation de maçon et avait travaillé comme magasinier. Il a également remarqué que la Dre J_____ ne rapportait pas de nouveau status clinique, ni d'aggravation, de sorte qu'il n'y avait pas lieu de revenir sur les conclusions du Dr K_____.

c. S'en est suivi un échange d'écritures sur la question de l'éventuelle tardiveté du recours.

d. Par pli du 13 novembre 2025, la CJCAS a informé les parties de son intention de mettre en œuvre une expertise psychiatrique.

e. Par ordonnance d'expertise du 9 décembre 2025, la CJCAS a ordonné une expertise psychiatrique du recourant, qu'elle a confiée au docteur M_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Le rapport du Dr K_____ ne pouvait se voir reconnaître pleine valeur probante. Il était critiquable à plusieurs égards, notamment s'agissant de l'analyse de l'impact du trouble hyperkinétique sur la capacité de travail du recourant. Il ne

pouvait en particulier être retenu, sous l'angle de la vraisemblance prépondérante, que le trouble hyperkinétique du recourant était non incapacitant. Le Dr K_____ n'avait au demeurant pas explicitement indiqué pour quelles raisons il ne reprenait pas certains des diagnostics posés par la Dre J_____, à savoir une anxiété généralisée (F41.1), un trouble délirant induit (F24) et un trouble de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et des conduites (F43.25). Il était partant indispensable de compléter l'instruction médicale.

f. Le Dr M_____ a rendu son expertise psychiatrique le 6 mai 2026. Il a retenu, à titre de diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail, un trouble du déficit de l'attention, présentation hyperactive/impulsive, un trouble de l'usage d'alcool non spécifié, un trouble lié au cannabis non spécifié et un trouble de l'usage de stimulants, cocaïne, gravité non spécifiée. Tous ces troubles induisaient des troubles cognitifs, avec difficultés de concentration et de mémoire à court terme et à long terme, dérégulation de l'humeur, impulsivité, et produisaient des conséquences sociales, comme l'isolement social et la conflictualité interpersonnelle. Il y avait une forte interaction entre le trouble de déficit de l'attention et la consommation de cannabis, d'alcool et de cocaïne. La consommation de ces toxiques était postérieure à l'apparition du trouble du déficit de l'attention, qui s'exprimait généralement dès l'enfance. La capacité de travail était très probablement nulle dans toute activité depuis toujours, l'assuré ayant démontré une instabilité dans ses engagements professionnels et dans ses formations depuis le début de son cursus. Il fallait nuancer ce point en raison de la présence de certains éléments qui avaient pu représenter des facteurs protecteurs (il avait pu voyager, fonder une famille, adopter le fils de sa conjointe). De ce fait, la déstabilisation de sa capacité d'adaptation avait pu vraisemblablement intervenir en mars 2023, lorsque le couple s'est séparé et son tissu familial protecteur s'est dégradé. La capacité de travail était donc nulle dans toute activité, avec vraisemblance prépondérante depuis mars 2023. Aucun pronostic ne pouvait être évoqué compte tenu de la complexité du tableau clinique. La volonté nécessaire pour l'arrêt des différents toxiques était actuellement absente chez l'assuré qui nécessitait un encadrement dont il ne bénéficiait pas.

g. Le 16 juin 2026, l'OAI, se référant à l'avis du SMR du même jour, a conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} avril 2024. Les conclusions de l'expert sur la capacité de travail pouvaient être suivies, soit une capacité de travail nulle dans toute activité, avec vraisemblance prépondérante depuis mars 2023, justifiant l'octroi d'une rente entière d'invalidité, fondée sur un degré de 100% dès le 1^{er} mars 2024. La demande de prestations ayant été déposée le 2 octobre 2023, le versement de la rente ne pouvait intervenir qu'à partir du 1^{er} avril 2024 (demande tardive).

h. Le 30 juin 2026, l'assuré a persisté dans ses conclusions. Sa capacité de travail était nulle et une réévaluation ne pourrait être envisagée qu'après une stabilisation thymique soutenue, une consolidation de l'abstinence et une mise en place d'un

traitement thymorégulateur efficace, ce qui requerrait un horizon temporel incertain et potentiellement prolongé.

i. La chambre de céans a transmis cette écriture à l'OAI.

EN DROIT

1. La compétence de la chambre de céans, la recevabilité du recours et le droit applicable ayant déjà été examinés dans l'ordonnance d'expertise du 9 décembre 2025 (ATAS/966/2025), il suffit d'y renvoyer.
2. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité.

2.1 L'art. 8 LPGa prévoit qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 4 LAI précise que l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

Selon l'art. 7 LPGa, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

2.2 À teneur de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGa) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGa) à 40% au moins (let. c). L'art. 28 al. 1^{bis} LAI précise qu'une rente n'est pas octroyée tant que toutes les possibilités de réadaptation au sens de l'art. 8 al. 1^{bis} et 1^{ter} n'ont pas été épuisées.

En vertu de l'art. 28b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (al. 1). Pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69%, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité (al. 2) ; pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70%, l'assuré a droit à une rente entière (al. 3). Pour les taux d'invalidité compris entre 40 et 49%, la quotité de la rente s'échelonne de 25 à 47.5% (al. 4).

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui

peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et 28 al. 2 LAI).

2.3 Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; 102 V 165 consid. 3.1 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

2.3.1 Le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4). Le Tribunal fédéral a ensuite étendu ce nouveau schéma d'évaluation aux autres affections psychiques ou psychosomatiques et aux syndromes de dépendance (ATF 148 V 49 ; 145 V 215 ; 143 V 418 ; 143 V 409). Aussi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_265/2023 du 19 août 2024 consid. 3.2).

Le Tribunal fédéral a en revanche maintenu, voire renforcé, la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble au sens de la classification sont réalisées. Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de

grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 et 2.2.2 ; 132 V 65 consid. 4.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2).

L'organe chargé de l'application du droit doit, avant de procéder à l'examen des indicateurs, analyser si les troubles psychiques dûment diagnostiqués conduisent à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité, c'est-à-dire qui résiste aux motifs dits d'exclusion tels qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 5.2.2 et la référence).

2.3.2 Une fois le diagnostic posé par un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2), la capacité de travail réellement exigible doit être examinée, sans résultat prédéfini, au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.1.1). L'accent doit ainsi être mis sur les ressources qui peuvent compenser le poids de la douleur et favoriser la capacité d'exécuter une tâche ou une action (arrêt du Tribunal fédéral 9C_111/2016 du 19 juillet 2016 consid. 7 et la référence).

Ces indicateurs sont classés comme suit :

I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle »

Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3).

A. Axe « atteinte à la santé »

1. Caractère prononcé des éléments et des symptômes pertinents pour le diagnostic

Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée aident à séparer les limitations fonctionnelles qui sont dues à une atteinte à la santé des conséquences (directes) de facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogénèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic (ATF 141 V 281 consid. 4.31.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_265/2023 du 19 août 2024 consid. 6.3 et la référence).

L'influence d'une atteinte à la santé sur la capacité de travail est davantage déterminante que sa qualification en matière d'assurance-invalidité (ATF 142 V 106 consid. 4.4). Diagnostiquer une atteinte à la santé, soit identifier une maladie

d'après ses symptômes, équivaut à l'appréciation d'une situation médicale déterminée qui, selon les médecins consultés, peut aboutir à des résultats différents en raison précisément de la marge d'appréciation inhérente à la science médicale (ATF 145 V 361 consid. 4.1.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_762/2019 du 16 juin 2020 consid. 5.2).

Le fait d'avoir été en mesure d'exercer une activité lucrative pendant de nombreuses années sans problème majeur est un élément important à prendre en considération dans l'évolution de la situation médicale de la personne assurée. Cet élément ne suffit toutefois pas pour en déduire une absence de gravité des atteintes à la santé (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2.1.2).

2. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers

Le déroulement et l'issue d'un traitement médical sont en règle générale aussi d'importants indicateurs concernant le degré de gravité du trouble psychique évalué. Il en va de même du déroulement et de l'issue d'une mesure de réadaptation professionnelle. Ainsi, l'échec définitif d'une thérapie médicalement indiquée et réalisée selon les règles de l'art de même que l'échec d'une mesure de réadaptation - malgré une coopération optimale de l'assuré - sont en principe considérés comme des indices sérieux d'une atteinte invalidante à la santé. À l'inverse, le défaut de coopération optimale conduit plutôt à nier le caractère invalidant du trouble en question. Le résultat de l'appréciation dépend toutefois de l'ensemble des circonstances individuelles du cas d'espèce (arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2.1.3 et la référence).

3. Comorbidités

La présence de comorbidités ou troubles concomitants est un indicateur à prendre en considération en relation avec le degré de gravité fonctionnel (arrêt du Tribunal fédéral 9C_650/2019 du 11 mai 2020 consid. 3.3 et la référence). On ne saurait toutefois inférer la réalisation concrète de l'indicateur « comorbidité » et, partant, un indice suggérant la gravité et le caractère invalidant de l'atteinte à la santé, de la seule existence de maladies psychiatriques et somatiques concomitantes. Encore faut-il examiner si l'interaction de ces troubles ayant valeur de maladie prive l'assuré de certaines ressources (arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.3 et la référence). Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Une atteinte qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidante en tant que telle (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010 consid. 2.2.2, *in* : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011 consid. 3.4.2.1, *in* : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1) mais doit à la rigueur être prise en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble

somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3).

Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1).

B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)

Le « complexe personnalité » englobe, à côté des formes classiques du diagnostic de la personnalité qui vise à saisir la structure et les troubles de la personnalité, le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du moi » qui désignent des capacités inhérentes à la personnalité, permettant des déductions sur la gravité de l'atteinte à la santé et de la capacité de travail (par exemple : auto-perception et perception d'autrui, contrôle de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation ; cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Étant donné que l'évaluation de la personnalité est davantage dépendante de la perception du médecin examinateur que l'analyse d'autres indicateurs, les exigences de motivation sont plus élevées (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2).

Le Tribunal fédéral a estimé qu'un assuré présentait des ressources personnelles et adaptatives suffisantes, au vu notamment de la description positive qu'il avait donnée de sa personnalité, sans diminution de l'estime ou de la confiance en soi et sans peur de l'avenir (arrêt du Tribunal fédéral 8C_584/2016 du 30 juin 2017 consid. 5.2).

C. Axe « contexte social »

Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (ATF 141 V 281 consid. 4.3.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.3).

Lors de l'examen des ressources que peut procurer le contexte social et familial pour surmonter l'atteinte à la santé ou ses effets, il y a lieu de tenir compte notamment de l'existence d'une structure quotidienne et d'un cercle de proches [...]. Le contexte familial est susceptible de fournir des ressources à la personne

assurée pour surmonter son atteinte à la santé ou les effets de cette dernière sur sa capacité de travail, nonobstant le fait que son attitude peut rendre plus difficile les relations interfamiliales (arrêt du Tribunal fédéral 9C_717/2019 du 30 septembre 2020 consid. 6.2.5.3). Toutefois, des ressources préservées ne sauraient être inférées de relations maintenues avec certains membres de la famille dont la personne assurée est dépendante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2020 du 22 octobre 2020 consid. 5.2).

II. Catégorie « cohérence »

Il convient ensuite d'examiner si les conséquences qui sont tirées de l'analyse des indicateurs de la catégorie « degré de gravité fonctionnel » résistent à l'examen sous l'angle de la catégorie « cohérence ». Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré (ATF 141 V 281 consid. 4.4). À ce titre, il convient notamment d'examiner si les limitations fonctionnelles se manifestent de la même manière dans la vie professionnelle et dans la vie privée, de comparer les niveaux d'activité sociale avant et après l'atteinte à la santé ou d'analyser la mesure dans laquelle les traitements et les mesures de réadaptation sont mis à profit ou négligés. Dans ce contexte, un comportement incohérent est un indice que les limitations évoquées seraient dues à d'autres raisons qu'une atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.3).

A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie

Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (ATF 141 V 281 consid. 4.4.1).

B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation

La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure assécurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitabile) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due

à d'autres raisons qu'à l'atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.3).

L'interruption de toute thérapie médicalement indiquée sur le plan psychique et le refus de participer à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel sont des indices importants que l'assuré ne présente pas une évolution consolidée de la douleur et que les limitations invoquées sont dues à d'autres motifs qu'à son atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_569/2017 du 18 juillet 2018 consid. 5.5.2).

2.4 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une sur-expertise ordonnée par le Tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale

(ATF 143 V 269 consid. 6.2.3.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4 et les références ; 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

2.5 Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 et les références ; 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 139 V 176 consid. 5.3).

3.

3.1 En l'espèce, l'intimé a dénié au recourant le droit à une rente d'invalidité en se fondant sur les conclusions du rapport du Dr K_____ du 27 septembre 2024. Il a retenu, dans sa décision du 28 février 2025, que l'incapacité de travail du recourant était totale dans son activité habituelle de manutentionnaire au sein d'une équipe et avec une pression permanente de la hiérarchie, ce dès le début de l'âge adulte. À compter de cette même date, il était toutefois en mesure de travailler à temps plein dans une activité adaptée à son état de santé, à savoir en autonomie ou dans un groupe restreint, sans pression hiérarchique. En procédant à la comparaison des revenus avec et sans invalidité, l'intimé est parvenu à un taux d'invalidité de 10%, inférieur au pourcentage minimal de 40% ouvrant le droit à une rente.

Par ordonnance du 9 décembre 2025, la chambre de céans a confié une expertise judiciaire psychiatrique au Dr M_____, considérant que le rapport du Dr K_____ du 27 septembre 2024 ne pouvait pas se voir reconnaître une pleine valeur probante.

Réalisée conformément aux critères jurisprudentiels énoncés *supra*, l'expertise judiciaire aboutit à des résultats convaincants ; les conclusions de l'expert sont sérieusement motivées et ses avis ne contiennent pas de contradictions. Aucun indice concret ne permet de mettre en cause son bien-fondé. Le SMR, suivi en cela par l'intimé, estime que cette expertise est convaincante et se rallie à ses conclusions.

Au vu de ces éléments, la chambre de céans considère que l'expertise judiciaire revêt une valeur probante. Il convient donc de retenir que le recourant présente une incapacité totale de travail dans toute activité, avec vraisemblance prépondérante depuis mars 2023.

3.2 S'agissant du point de départ de la rente d'invalidité, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à

laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

Le recourant a déposé sa demande de prestations le 2 octobre 2023. Le droit à la rente prend donc naissance six mois plus tard, soit le 1^{er} avril 2024, ce que reconnaît d'ailleurs l'intimé.

4. Compte tenu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision du 28 février 2025 annulée. Il sera dit que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} avril 2024.

Le recourant, représenté par son curateur, collaborateur d'un service de l'État, ne peut prétendre à l'allocation de dépens devant l'autorité judiciaire cantonale, faute de justification économique (ATF 126 V 11 consid. 2 et 5).

Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il n'y a pas lieu de mettre les frais de l'expertise judiciaire à sa charge, l'instruction à laquelle elle a procédé ne présentant pas de lacunes ou d'insuffisances caractérisées (ATF 139 V 496 consid. 4.3 ; 139 V 349 consid. 5.4).

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision du 28 février 2025.
4. Dit que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} avril 2024.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Sylvie CARDINAUX

Eleanor McGREGOR

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le